

入所申込書

施設名		アムール		申込日	令和	年	月	日	
入居希望者の状況	入居なさる方	フリガナ		生年月日	年	月	日	歳	
		氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 女		
		現住所 〒 -		被保険者番号					
		要介護度		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
		要介護認定期間		年 月 日 ~ 年 月 日迄					
居宅介護支援事業所 TEL		担当 ケアマネジャー							
入居希望者の状況	申込者名	フリガナ	続柄	TEL	()				
	家族名	フリガナ	続柄	TEL	()				
	家族名	フリガナ	続柄	TEL	()				
医療状況	【主な病名・病歴】								
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう・鼻腔) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人口透析 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> その他 ()								
	服薬 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (内容:)								
	かかりつけ病院名				担当医				
入所を希望する理由 (該当するものを全て選んで下さい。)		<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ()							
入所希望時期		<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい。 <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい。							
申込状況		<input type="checkbox"/> 既に申し込んでいる他の施設名 () <input type="checkbox"/> 今後申し込む予定の施設名 ()							
心身状況	目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 全盲 (眼鏡: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べることができる <input type="checkbox"/> 一部介助があれば、食べることができる <input type="checkbox"/> 自分で食べることができない				
	耳	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 全ろう (補聴器: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食				
	会話	<input type="checkbox"/> 日常会話ができる <input type="checkbox"/> あいさつ程度はできる <input type="checkbox"/> 会話が全くできない		移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 押し車使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車いす使用 (<input type="checkbox"/> 自分で操作 <input type="checkbox"/> 介助が必要)				

着替え	<input type="checkbox"/> 自分でできる	整容	洗面 <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 一部介助があればできる		歯磨き <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
<input type="checkbox"/> 一人では全くできない	義歯 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 管理可 <input type="checkbox"/> 管理不可)		<input type="checkbox"/> 無		
身体	<input type="checkbox"/> 麻痺などは特になく、ある程度は自由に動かせる				
	<input type="checkbox"/> 動かしにくい、動かない部位がある (<input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右足 <input type="checkbox"/> 左足)				
入浴	<input type="checkbox"/> 見守りがあれば自分で入浴することができる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要				
排泄	<input type="checkbox"/> 自分でトイレに行く <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用する <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	<input type="checkbox"/> 布のパンツ使用 <input type="checkbox"/> 紙パンツ、リハビリパンツ使用 <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> 紙オムツ使用				
心身の状況	診断	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 平成/令和 年 月頃に診断を受けた			
	診断名:	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	認知症	物忘れ <input type="checkbox"/> 何も覚えることができない <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 全くない			
	時間や場所	<input type="checkbox"/> 何も理解できない <input type="checkbox"/> 理解できないことがある <input type="checkbox"/> 理解できる			
	特記事項	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊行動 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 火の始末 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想・被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 ()			
性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 凝り性				
	<input type="checkbox"/> 好き嫌いが多い <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 融通がきかない				
生活歴	(出身・趣味・生活の様子・退職前の職業など)				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。				
	利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー) : 週____回 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護(夜間ヘルパー) : 週____回 <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション (週____回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (週____回) <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション/認知症対応型通所介護 : 週____回 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護(ショートステイ) : 月____回 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (週____回) <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> サービス利用なし			
	入院・入所中(理由:	/平成/令和 年 月頃から)			
	施設種別	<input type="checkbox"/> 特養 (<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> 軽費・ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症対応型グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	⇒入院・入居中の施設名〔	/ 連絡先: ()			

お問い合わせ

社会福祉法人 暖家

TEL:026-214-1092

アムールグループ 本部 長野市栗田244-2 026-226-9485

